

Prinz-Fritzi-Allee 1
78166 Donaueschingen
Tel. 0771/801-0
Fax 0771/801-131



Name _____
Vorname _____
geb. am _____

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen x, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Ist Pat. gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Ist Pat. häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Beherrschung des Stuhlabganges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Beherrschung des Urinabganges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Fremder Hilfe bedürftig?	<input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> beim Waschen <input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren <input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette <input type="checkbox"/> bei
8. Ortlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
9. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
10. Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
11. Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> willig <input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/> verdrießlich <input type="checkbox"/> depressiv
12. Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
13. Missbrauch von Alkohol?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
14. Missbrauch von Medikamenten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
15. Selbstmordäußerungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
16. Selbstmordversuche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
17. Wahnideen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
18. Anfälle?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
19. Neigung zum Weglaufen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
20. Sonstige psychische Auffälligkeiten:	
21. Diagnose: _____ _____	
22. Dekubitus?	
23. Ansteckende Krankheiten?	
24. Anhalt für ansteckendes Tbc? (§35 Infektionsschutzgesetz) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
25. Diät:	
26. Medikamente: _____	

Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes _____